

Riku Perhoniemi, Jenni Blomgren, Sauli Jäppinen ja Lauri Virta

# Sairauspäivärahojen kustannukset maakunnittain vuonna 2019



## **Kirjoittajat**

Riku Perhoniemi, tutkija, PsM  
Kela  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Jenni Blomgren, tutkimuspäällikkö, VTT, dosentti  
Kela  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sauli Jäppinen, data-analyttikko, VTM  
Kela  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Lauri Virta, johtava tutkijalääkäri, LKT, dosentti  
Kela  
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

[www.kela.fi/tutkimus](http://www.kela.fi/tutkimus)

ISBN 978-952-284-088-2 (pdf)

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020062645813>

Helsinki 2020

# SISÄLTÖ

Tiivistelmä .....	4
1 Johdanto .....	5
1.1 Sairauspäiväraha sosiaaliturvaetuutena.....	6
1.2 Sairauspäiväraha osana sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää .....	6
1.3 Sairauspäivärahaetuuksien kustannukset ja niiden osatekijät.....	8
1.4 Mitkä tekijät vaikuttavat taustalla kustannusten osatekijöihin? .....	8
1.5 Maakuntien väliset erot sairauspäivärahakausissa ja työkyvyttömyyseläkkeissä .....	10
2 Tutkimuskysymykset .....	12
3 Aineisto ja menetelmät.....	12
3.1 Rekisteriaineisto .....	12
3.2 Kustannusten indikaattorit ja väestöä koskevat taustamuuttajat .....	13
3.3 Tilastolliset menetelmät .....	16
4 Tulokset.....	16
4.1 Sairauspäivärahapäivien määrät ja kustannukset maakunnittain .....	16
4.2 Sairauspäivärahapäivien määrät ja kustannukset yhtä kohdejoukon henkeä kohden maakunnittain .....	18
4.3 Väestön ominaisuuksilla vakioidut sairauspäivärahapäivien määrät, keskimääräinen päiväkustannus ja kustannukset yhtä kohdejoukon henkeä kohden.....	19
4.4 Maakuntien sairauspäivärahaetuuksien kustannukset suhteessa sosiaali- ja terveystalvvelujen kokonaiskustannuksiin vuonna 2017 .....	23
5 Pohdinta.....	25
5.1 Väestörakenteella vakioidut sairauspäivärahapäivien vuosikustannukset henkeä kohti keskeisin kustannusmittari .....	25
5.2 Mikä voi selittää maakuntaeroja vakioitujen tekijöiden lisäksi? .....	26
5.3 Sairauspäivärahasta ja sosiaali- ja terveystalvveluista koituvat kustannukset.....	28
Lähteet .....	29
Liite.....	33

## TIIVISTELMÄ

Sairauspoissaoloista koituu vuosittain suuria kustannuksia työnantajille, työntekijöille ja valtiolle. Kela maksoi vuonna 2019 sairauspäiväraha- ja osasairauspäivärahaetuuksia yhteensä 866 miljoonaa euroa. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme vuonna 2019 maksettujen sairauspäivärahaetuuksien kustannuksia Manner-Suomen maakunnissa. Tarkastelemme myös etuuspäivien määriä ja keskimääräisiä päiväkustannuksia, jotka vaikuttavat vuosikustannuksiin.

Kiinnostuksemme kohdistui erityisesti sairauspäivärahaetuuksien maakunnittaisiin vuosikustannuksiin henkeä kohti, huomioiden maakuntien välisiä väestörakenteen eroja. Maakuntakohtaista väestörakennetta kuvasivat tutkimuksessa demografiset, sosioekonomiset ja sairastavuuteen liittyvät tekijät. Näin tarkastellen Kainuussa, Pohjois-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla, Lapissa ja Pohjois-Savossa oli muita maakuntia korkeammat, yli 320 euron vuosikustannukset henkeä kohti. Uusimaa erottui muihin verrattuna matalien kustannusten maakunnana (207 euroa henkeä kohden).

Väestörakenteen maakuntaerojen huomioimisella oli melko vähäinen merkitys sairauspäivärahaetuuksien kustannusten maakunnittaisille eroille. Väestörakenteella vakioituissa, henkeä kohden lasketuissa vuosikustannuksissa maakuntaerot pysyivät melkein yhtä suurina kuin vakioimattomissa vuosikustannuksissa. Tämä johtui suurelta osin siitä, että maakuntaerot sairauspäivärahopäivien määrissä pysyivät väestörakenteen vakioinnista huolimatta suurina. Suuret maakuntaerot sairauspäivärahopäivien määrässä voivat johtua vakioimiemme tekijöiden ohella muun muassa fyysisiä ammatteja sisältävien toimialojen yleisyydestä korkeimpien kustannusten maakunnissa. Samoin erot voivat johtua muun muassa sairauksien erilaisesta alueellisesta painottumisesta ja elintavoista.

Tuore maakunnittainen tieto pitkien sairauspoissaolojen aiheuttamista kustannuksista luo valmiuden seurata viime vuosina kasvaneiden sairauspäivärahakustannusten pidemmän ajan alueellista kehitystä. Tieto maakuntaeroista auttaa myös arvioimaan tulevien sote-palveluissa tehtävien rakenteellisten muutosten alueellista vaikutusta suomalaisten työkyvyttömyyteen.

**Avainsanat:** sosiaaliturva, etuudet, sosiaalietuudet, sairauspäivärahat, osasairauspäivärahat, korvaukset, kustannukset, maakunnat, alueelliset erot

# 1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkentaa kuvaa sairauspäivärahaetuuksien kustannuksista maakunnittain. Tutkimuksessa raportoidaan olemassa olevia tilastoja yksityiskohtaisempia kustannustietoja vuonna 2019 maksetuista sairauspäivärahaetuuksista.

Tutkimuksen taustalla vaikuttavat kaksi suurta ajankohtaista, kansallista haastetta. Ensimmäinen koskee pitkistä sairauspoissaoloista johtuvien kustannusten kasvua. Pitkät sairauspoissaolot ovat yleistyneet työikäisillä vuoden 2016 jälkeen, johtuen erityisesti mielenterveysperusteisten poissaolojen kasvusta. Tiedetään myös, että sairauspoissaolojen yleisyys ja niiden kestot vaihtelevat alueittain. Alueellisten erojen hallinta on jatkuva, keskeinen haaste Suomelle, jonka menestystarina on rakentunut ajatukselle mahdollisimman pienistä väestöryhmien välisistä hyvinvointieroista. Sairauspäivärahakausia koskevan kielteisen kehityksen katkaiseminen ja alueellisten erojen hallinta vaativat moninaisia keinoja. Tällaisen kehittämisen on perustuttava täsmälliselle ja riittävän tuoreelle tiedolle sairauspoissaolojen määrästä ja kustannuksista.

Toisena kansallisena haasteena ovat toisiinsa nivoutuvat sosiaali- ja terveyspalvelujen (sote-) uudistus ja maakuntauudistus. Koska näiden uudistusten valmistelussa alueellisena yksikkönä on ollut maakunta, tarkastelimme sairauspäivärahan kustannuksia nimenomaan maakunnittain. Rakenteilla yhä olevien uudistusten tarkoituksena on laskea julkisia menoja sekä tehostaa ja yhdenvertaistaa sote-palveluja. Tuore maakunnallinen tieto pitkien sairauspoissaolojen aiheuttamista kustannuksista luo valmiuden arvioida, miten sote-palveluissa tehtävät rakenteelliset muutokset vaikuttavat tuleviin sairauspoissaolokustannuksiin ja alueelliseen terveyteen.

Sairauspäivärahakaudet kertovat työikäisten suomalaisten pitkistä, omavastuuajan ylittävistä sairauspoissaoloista sekä kuvastavat työikäisten heikentyntä toiminta- ja työkykyä. Samalla ne kertovat kuitenkin myös tulevista riskeistä, sillä sairauspoissaolot ennustavat pitkäaikaista työkyvyttömyyttä ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä sekä jopa kuolleisuutta (Marmot ym. 1995; Kivimäki ym. 2003; Vahtera ym. 2004; Kivimäki ym. 2007; Alexanderson ym. 2012; Salonen ym. 2018).

Yhden kalenterivuoden aikana sairauspäivärahaa saaneiden osuus työikäisestä väestöstä on vaihdellut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana: 1990-luvun puolivälistä vuoteen 2006 heidän osuutensa suurentivat, jonka jälkeen sairauspäivärahaa saaneiden osuudet pienentyivät jatkuvasti vuoteen 2016 asti (Blomgren 2016 ja 2017a). Vuonna 2017 sairauspäivärahan saamisen yleisyys kuitenkin kääntyi jälleen hienoiseen kasvuun, joka on jatkunut vuosina 2018 ja 2019 (Blomgren 2019 ja 2020). Ei-eläkkeellä olevista työikäisistä lähes joka kymmenes (9,5 %) sai vuoden 2019 aikana sairauspäivärahaa vähintään yhden maksukauden verran (Blomgren 2020). Osasairauspäivärahan käyttö on puolestaan jatkuvasti lisääntynyt (Kelasto 2020).

## 1.1 Sairauspäiväraha sosiaaliturvaetuutena

Sairauspäiväraha on ensisijainen etuus työkyvyttömyyden aikaisen toimeentulon varmistamiseksi. Etuutta voidaan maksaa tuloja korvaavana etuutena 16–67-vuotiaille ei-eläkkeellä oleville henkilöille, jotka ovat sairauden tai vamman takia estyneet tekemään tavallista työtään tai toimimaan tavallisessa toimessaan (L 1224/2004).

Sairauspäivärahaa maksetaan pääsääntöisesti sairastumispäivän ja sitä seuraavien yhdeksän arkipäivän kestävästä omavastuuajan jälkeen. Arkipäiviksi lasketaan päivät maanantaista lauantaihin pois lukien näille päiville osuvat pyhäpäivät. Sairauspäivärahalla korvataan siten sairauspoissaoloja, jotka kestävät vähintään 12 kalenteripäivää. Sairauspäivärahan omavastuuajalta työntekijällä on työsopimuslain perusteella yleensä oikeus täyteen palkkaan, ja useimpien työehtosopimusten mukaan työnantaja maksaa täyttä palkkaa tätä pidemmältäkin ajalta, esimerkiksi 1–3 kuukaudelta (Toivonen 2012). Ajalta, jolta työnantaja maksaa palkkaa, Kela maksaa sairauspäivärahan työnantajalle. Sairauspäivärahan suuruus perustuu aikaisempiin ansioihin tai jossain tapauksissa edeltävään etuuteen.

Sairauspäivärahaa voidaan saman sairauden perusteella pääsääntöisesti maksaa enintään 300 arkipäivältä eli noin vuoden ajalta. Tämä enimmäisaika voi kertyä yhtäjaksoisesta tai useista lyhyistä jaksoista enintään kahden vuoden aikana. Lisäksi vuodesta 2011 on voitu tarvittaessa maksaa sairauspäivärahaa 50 lisäpäivältä, jos henkilö on palannut vähintään kuukauden ajaksi työhön 300 päivän täytyttyä. (L 1224/2004.)

Vuodesta 2007 sairausvakuutusjärjestelmässä on ollut myös osasairauspäiväraha. Osasairauspäivärahan maksukaudella työajan on vähennettävä 40–60 prosenttiin aiemmasta. Osasairauspäivärahan suuruus maksupäivää kohden on puolet sairauspäivärahan suuruudesta. Osasairauspäivärahaa on vuodesta 2014 voitu maksaa 120 arkipäivältä (L 1224/2004), kun vuosina 2007–2013 sitä maksettiin enimmillään 72 päivältä (Kela 2019a).

Sairauspäivärahaetuuksina tarkastelemme tässä raportissa varsinaista sairauspäivärahaa ja osasairauspäivärahaa. Yrittäjille sairauspäivärahan omavastuuajalta maksettavia YEL-päivärahoja, tartuntatautipäivärahoja tai luovutuspäivärahoja ei tarkastella.

## 1.2 Sairauspäiväraha osana sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää

Sairauspäivärahan kustannukset yhteiskunnalle maksetaan sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta. Työtulovakuutus puolestaan rahoitetaan palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksulla, työnantajien sairausvakuutusmaksulla sekä valtion osuudella. Siten esimerkiksi kunnilla ei ole ollut selkeitä suoria kannustimia pyrkiä pitämään kurissa sairauspoissaolojen määriä ja sitä kautta poissaolojen kustannuksia. Sairauspäivärahan rooli ja kustannukset eivät myöskään ole käytännössä olleet agendalla sote-uudistuksesta käytävän julkisen keskustelun yhteydessä.

Kuitenkin työkyvyttömyyden pitkittymisen ehkäisy on myös sote-palveluiden järjestäjien intressissä. Sairauksien aiheuttama työkyvyttömyys aiheuttaa alueellisten julkisten sosiaali- ja terveystalouden sekä työterveyshuollon käyttöä. Julkisia palveluja tukee valtionosuusien

kautta osin valtio, mutta kustannukset maksaa pääosin tällä hetkellä kunta ja lopulta kuntalaiset. Sosiaali- ja terveystoimi muodostaa valtaosan kuntien ja kuntayhtymien menoista (Kuntaliitto 2019).

Alueellisia sote-kustannuksia syntyy esimerkiksi, kun sairauden takia työkyvytön käyttää kunnallisia terveystalouksia. Koska työkyvyttömyys aiheuttaa sairaalle taloudellisia ja usein sosiaalisia ongelmia, saattaa hän herkästi käyttää myös julkisia sosiaalipalveluja. Samoin jo työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneet käyttävät paljon terveys- ja sosiaalipalveluja (mm. Vaalavuo 2018). Lisäksi erityisesti kunnan tai kuntayhtymän oman henkilöstön työkyvyttömyys aiheuttaa suoria kustannuksia työnantajan maksamista työterveyshuollon käynneistä. Työkyvyttömyysperusteisten sairauspoissaolojen epäsuorat kustannusvaikutukset muun muassa tulevien maakuntien ja kuntien talouteen puolestaan syntyvät esimerkiksi menetetyistä työpanoksista (Rissanen ja Kaseva 2014).

Sote-uudistuksessa sosiaali- ja terveystalouksien järjestämisvastuuta ollaan siirtämässä kokonaisuutena maakunnille. Kunnilla säilyy nyky suunnitelman mukaan edelleen vastuu asukkaidensa hyvinvoinnista ja niillä voi olla mahdollisuus osin toimia sote-palvelujen tuottajina. Oletettavasti kunnilta vastaava valtionosuus sote-palveluiden järjestämiseen poistuu. Tulevaisuuden maakuntien rahoituksesta vastaa nyky suunnitelman mukaan valtio, ja maakunnan verotusoikeus on vasta suunnitteilla. Alueelliset talouspainot tulevat kuitenkin olemaan jatkossa väestön vanhenemisen myötä merkittävät, kun valtaosa kunnista ja kuntayhtymistä painii riittävän huoltosuhteen ja työikäisen väestön säilyttämisen, palvelujen ylläpitämisen sekä verotason nostopaineiden kanssa. Valtiolta maakunnille rahaa siirtävä rahoitusmalli sisältää tietenkin kontrollia. Suunnitteilla on valtion ja maakunnan välinen vuosittainen ohjaus- ja arviointiprosessi. Sen tarkoituksena on arvioida rahoituksen riittävyyttä ja rahoituslain kriteerien toimivuutta (Valtioneuvosto 2020). Maakunnilla ja kunnilla on siis kannusteita ehkäistä työkyvyttömyyttä ja sen aiheuttamia kustannuksia.

Toimivilla sote-palveluilla voidaan osaltaan ehkäistä työkyvyttömyyttä ja sen pitkittymistä, kun työkyvyn alenemiseen puututaan ajoissa. Osin julkisesti rahoitetut mutta pääosin yksityisesti järjestetyt työterveyshuoltopalvelut ovat tässä pääosassa. Kuitenkin myös julkisesti tarjottavat palvelut ovat suuressa roolissa työkyvyttömyyden ehkäisyssä, varsinkin työterveyshuollon ja ansiotyön ulkopuolella olevien kohdalla. Kyse on tällöin pitkälti perusterveydenhuollon palveluista ja terveyskeskusten toimivuudesta. Mielenterveyshäiriöiden aiheuttaessa yhä kasvavan määrän pitkiä sairauspoissaoloja (Blomgren 2020) sekä työkyvyttömyyseläkejä (ETK 2020a) korostuvat terveystalouksien lisäksi julkisten sosiaalipalvelujen toimivuus. Ne tukevat muun muassa toimeentuloa, perhettä ja asumista sekä tarjoavat varhaista hyvinvointiin liittyvää neuvontaa.

Maakunnallinen pitkien sairauspoissaolojen mittaaminen auttaa muiden sote-mittareiden rinnalla arvioimaan alue-uudistuksen toimivuutta. Suunnitteilla olevan, rahoitusmalliin sisältyvän ohjaus- ja arviointiprosessin avulla tunnistetaan myös ennakoivasti alueellisia muutoksia (Valtioneuvosto 2020).

### 1.3 Sairauspäivärahaetuuksien kustannukset ja niiden osatekijät

Sairauspäivärahakausista aiheutuu suuria kustannuksia yhteiskunnalle, työpaikoille sekä sairaille henkilöille ja heidän perheilleen (Henderson ym. 2005; OECD 2010). Vuonna 2019 sairauspäivärahan etuuskustannukset olivat 820 miljoonaa euroa. Lisäksi osasairauspäivärahaa korvattiin samana vuonna 46 miljoonaa euroa. (Kelasto 2020.)

Sairauspäivärahan vuosikustannukset riippuvat yhtäältä siitä, kuinka monta sairauspäivärahakautta vuoden aikana kertyy ja kuinka monta päivää kaudet kestävät, mutta toisaalta myös siitä, kuinka suuri on saajalle päivää kohden maksettu päiväraha korvaus. Päiväkorvauksen suuruuteen vaikuttaa puolestaan etuutta saavan asiakkaan työkyvyttömyyttä edeltävän ajan ansiotaso. Sairauspäivärahaetuuksien kokonaisuuden kannalta kustannuksiin vaikuttaa myös se, kuinka suuri osuus työkyvyttömyyspäivistä korvataan sairauspäivärahopäivien sijaan osasairauspäivärahopäivinä.

Vuonna 2019 sairauspäivärahaa maksettiin 304 000 henkilölle 15,2 miljoonalta päivältä ja osasairauspäivärahaa 24 000 henkilölle 1,4 miljoonalta päivältä. Keskimääräinen sairauspäiväraha maksupäivää kohden vuonna 2019 oli 53,8 euroa ja keskimääräinen osasairauspäiväraha 33,6 euroa (Kelasto 2020). Lopulta maksettujen päivärahojen kokonaiskustannukset muodostuvat siis maksettujen päivien ja päiväkorvauksen tulona. Tässä kokonaiskustannuksiin ei sisällytetä päivärahan maksamisen toimeenpanon kustannuksia Kelassa.

### 1.4 Mitkä tekijät vaikuttavat taustalla kustannusten osatekijöihin?

Pitkien sairauspoissaolojen yleisyys, jaksojen pituudet ja päiväkorvauksen taso siis vaikuttavat siihen, kuinka suuriksi kustannukset kasvavat. Näiden kustannuksia määräävien osatekijöiden taustalla puolestaan vaikuttavat useat väestöä kuvaavat tekijät. Tieto niistä auttaa ymmärtämään maakuntien välisiä eroja maksettujen sairauspäivärahojen kustannuksissa.

Henkilötasolla työikäisten demografiset ja sosioekonomiset ominaisuudet ovat vahvasti yhteydessä sairauspoissaolojen riskiin. Kotimaisten ja kansainvälisten tutkimusten mukaan keskimääräistä suurempaa sairauspoissaoloriskiä ennustavat muun muassa korkea ikä, naissukupuoli sekä matala ammattiasema (Allebeck ja Mastekaasa 2004; Hansen ja Ingebrigtsen 2008; Laaksonen ym. 2010; Löve ym. 2013; Blomgren 2016; Pekkala ym. 2017; Leinonen ym. 2018). Työntekijöillä ja alemmilla toimihenkilöillä jaksot ovat yleisiä, ylemmillä toimihenkilöillä ja työttömällä vähemmän yleisiä (Blomgren ja Jäppinen 2016).

Päivärahajaksojen pituuksiin vaikuttavat osin samat tekijät kuin niiden yleisyyteenkin (mm. Beemsterboer ym. 2009). Ansiotyötä tekevien joukossa alempi sosioekonominen asema ennustaa yleisesti pidempiä päivärahajaksoja (Pekkala 2018). Esimerkiksi työntekijäammatteissa sairausjaksoja pidentävät työn suuri fyysinen kuormittavuus, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä oletettavasti toimihenkilöihin verrattuna vähäisemmät joustot työpaikalla. Kaikista sosioekonomista ryhmistä ovat yrittäjien ja erityisesti työttömien sairauspäivärahakaudet pisimpiä Suomessa (Blomgren ja Jäppinen 2016). Tämä johtuu osin sairausvakuutuksen lainsäät-



dännöstä. Heiltä puuttuvat sairausvakuutuslakiin (L 1224/2004) rakennetut, varhaisen hoidon, kuntoutuksen ja työhön paluun vaihtoehtoja vahvistavat seurantapisteet. Ansiotyön ulkopuolella olevilta puuttuvat myös työterveyshuoltoa vastaavat palvelut.

Manner-Suomen maakunnat eroavat toisistaan väestörakenteessaan yllä mainittujen demografisten ja sosioekonomisten tekijöiden suhteen, vaikuttaen siten sairauspäiväraha-kustannuksiin. Esimerkiksi maakuntien väestöjen ikäjakaumat vaihtelevat suuresti, kun 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä vaihteli vuonna 2018 Etelä-Savon 30 prosentista Uudenmaan (17 %) ja Pohjois-Pohjanmaan (19 %) selvästi alhaisempiin lukuihin. Työllisyyden osalta Etelä- ja Länsi-Suomi erottuvat myönteisillä luvuilla idästä ja pohjoisesta. Työllisyysaste oli 15–64-vuotiaiden joukossa vuonna 2019 korkein – vähintään 72 prosenttia – Keski-Pohjanmaalla, Uudellamaalla, Etelä-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla, ja Varsinais-Suomessa (Tilastokeskus 2020). Myös työttömyysaste vaihteli vuonna 2019 maakunnittain Pohjois-Karjalan 10 prosentista Keski-Pohjanmaan ja Kanta-Hämeen 4 prosentin lukuihin. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuus 15 vuotta täyttäneestä väestöstä puolestaan vaihteli vuonna 2018 Uudenmaan 39 prosentista Kainuun sekä Etelä- ja Keski-Pohjanmaan 25 prosenttiin (Tilastokeskus 2020). Myös toimialarakenteet ovat alueittain hyvin erilaisia, mikä vaikuttaa osin ammattiaseman kauttatyökyvyttömyyden alue-eroihin. Esimerkiksi teollisuudessa tai rakennusalaalla työskentelevien yhteisöosuus työllisistä vuonna 2017 vaihteli Pohjanmaan 27 prosentista Uudenmaan 15 prosenttiin (Sotkanet 2020).

Tietenkin erityisesti sairaus tai vamma pitkien sairauspoissaolojen taustalla vaikuttaa vahvasti sairauspoissaolojakson pituuteen. Kelan tilastojen mukaan vuonna 2018 yksittäiset sairauspäiväraha-jaksot olivat keskimäärin pisimmät suurimmista sairauspääryhmistä luokassa 'kasvaimet' (ka. 82 pv), lyhyimmät puolestaan ryhmässä 'Hengityselinten sairaudet' (ka. 15 pv). Kaudet olivat suhteellisen pitkiä myös sairauspääryhmissä 'mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt' (ka. 68 pv), 'verenkiertoelinten sairaudet' (ka. 65 pv), 'hermoston sairaudet' (ka. 54 pv) sekä 'tuki- ja liikuntaelinsairaudet' (ka. 50 pv) (Kelasto 2020). Manner-Suomen maakunnat eroavat keskenään perussairauksien yleisyydessä, mikä osaltaan voi luoda eroja sairauspäiväraha-kustannuksiin. Sairauseroista kertovat muun muassa alueelliset sairauskohtaiset sairastavuusindeksit. Esimerkiksi vuonna 2016 Kymenlaakson syöpäindeksi<sup>1</sup> (125) oli selvästi Pohjois-Pohjanmaata (85) suurempi. Vastaavasti mielenterveysindeksi<sup>2</sup> vaihteli Pohjois-Savon 152:sta Uudenmaan 78:aan. (Sotkanet 2020.)

Näiden sairauksien alueellisten painotusten lisäksi yleiset alueelliset terveyserot vaikuttavat pitkiin sairauspoissaoloihin. Terveyserot Etelä-Länsi-Suomen ja Itä-Pohjois-Suomen välillä ovat pitkään olleet selviä. Esimerkiksi THL:n sairastavuus-indeksi<sup>3</sup>, joka kuvaa suomalaisten alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon, osoittaa selkeitä maakuntakohtaisia eroja. Ikävakiointuna se vaihteli vuosien 2014–2016 tarkastelussa Ahvenanmaan (65,1),

1 Indikaattori ilmaisee uusien syöpäsairautapausten määrän 0–79-vuotiaiden ikäryhmässä suhteutettuna vastaavanikäiseen väestöön ja edelleen koko maan tasoon (koko maa = 100). Indeksien tarkoituksena on kuvata syöpäsairastuvuutta (Sotkanet 2020).

2 Indikaattori pohjautuu kolmeen osioon: A. Itsemurhat ja sairaalahoitoon johtaneet itsemurhayritykset, B. Psykoosiin liittyvät lääkkeiden erityiskorvausoikeudet (Kela) ja C. Mielenterveyssyistä johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet (Sotkanet 2020).

3 Indeksissä otetaan huomioon seitsemän eri sairausryhmää ja neljä eri painotusnäkökulmaa. Indeksien sisältämät sairausryhmät ovat syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia. Indeksissä kunkin sairausryhmän yleisyyttä painotetaan sen perusteella, mikä on ko. sairausryhmän merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja terveydenhuollon kustannusten kannalta (THL 2020).

Uudenmaan (82,6) ja Pohjanmaan (89,0) matalista arvoista Pohjois-Savon arvoon 130, kun arvo 100 kuvaa koko maan vertailuarvoa (THL 2020).

Kolmanteen kustannusten osatekijään – sairastavan henkilön päivärahan tasoon – vaikuttaa hänen aikaisempi ansiotasonsa. Vielä vuonna 2019 sairauspäivärahan määrä laskettiin pääsääntöisesti viimeisimpien verotuksissa vahvistettujen työtulojen tai edeltävän etuuden perusteella. Tulorekisterin käyttöönoton seurauksena sairauspäivärahan määrä lasketaan kuitenkin vuoden 2020 alusta lähtien edellisen vuoden työtulon perusteella. Maakuntien välillä on eroja keskimääräisissä ansiotuloissa. Vuonna 2018 kokonaisansion mediaani (€/kk) oli 3 000 euroa tai enemmän Uudellamaalla, Pirkanmaalla, Pohjanmaalla, Kymenlaaksossa, Etelä-Karjalassa, Keski-Suomessa, Keski-Pohjanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla sekä muita alempi (< 2 900 €) Kainuussa, Etelä-Savossa, Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Pohjanmaalla (Tilastokeskus 2020). Näiden maakuntaerojen taustalla vaikuttavat muun muassa alueelliset toimialapainotukset (mm. Owlgroup 2017). Samoin suhdannenäkymät voivat vaihdella epätasaisesti maakuntien välillä (Repo 2017) ja heijastua keskimääräisen päivärahan tasoon.

## **1.5 Maakuntien väliset erot sairauspäivärahakausissa ja työkyvyttömyyseläkkeissä**

Sairauspäivärahakausien kustannuksista ei ole olemassa maakuntakohtaisia, väestön demografisen, sosioekonomisen ja sairastavuuteen liittyvän taustan huomioivaa tietoa. Olemassa olevan tiedon perusteella maakunnat ovat kuitenkin keskenään erilaisessa tilanteessa sairauspoissaolojen kustannusten osalta.

Kelan sairausvakuutusilaston mukaan sairauspäivärahakausien esiintyvyys Manner-Suomen väestössä vuonna 2018 oli suurin Kymenlaaksossa, Keski-Pohjanmaalla, Kainuussa ja Lapissa. Selvästi pienin esiintyvyys oli Uudellamaalla. Päivärahapäivien vuosittainen määrä suhteutettuna väestöön oli suurin Lapissa, Kainuussa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Kymenlaaksossa sekä pienin Uudellamaalla (Kela 2019b).

Kun väestörakenteen alueellisia ominaisuuksia huomioidaan vertailussa, muuttuu kuva hie-man. Blomgren kollegoineen (2019) tarkasteli maakuntien välisiä eroja sairauspäivärahakausien esiintyvyydessä ja kausien keskimääräisessä pituudessa sairauspäivärahaa saaneilla vuonna 2013. Väestörakenteen ja sairastavuuden alueellisten erojen huomioiminen selitti sairauspoissaolojen esiintyvyyden alue-eroja jonkin verran. Kuitenkin alueellinen kuva pysyi vakiointienkin jälkeen samansuuntaisena kuin ennen vakiointeja: suhteessa Uuteenmaahan sairauspoissaolojen esiintyvyys oli korkea erityisesti Kainuussa, Pohjois- ja Keski-Pohjanmaalla, Kymenlaaksossa sekä Pohjois-Savossa. Poissaolojen pituuksien alue-eroista väestörakenteen ja sairastavuuden vakiointi selitti suuremman osan, mutta vakionnin jälkeenkin erityisesti Lappi, Kainuu, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo ja Varsinais-Suomi näyttäytyivät keskimääräistä pidempien sairauspoissaolojen maakuntina.

Työkyvyttömyysetuuksia koskevaa alueellista vertailua on tehty yleisesti enemmän työkyvyttömyyseläkkeitä kuin sairauspäivärahaa koskien. Vuonna 2019 Manner-Suomen maakunnat

erosivat toisistaan työkyvyttömyyseläkkeensaajien väestönosuuksissa (ETK 2020b). Osuudet 16–64-vuotiaista olivat korkeimpia Kainuussa (9,1 %), Etelä- (8,5 %) ja Pohjois-Savossa (8,6 %) sekä Lapissa (8,2 %) ja matalimpia Uudellamaalla (4,0 %), Pohjanmaalla (4,9 %), Pirkanmaalla (5,6 %) ja Varsinais-Suomessa (5,8 %). Parempaa käsitystä työkyvyttömyyden kehityksestä luo tieto työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuksista ja eläkkeen hakijoiden osuuksista. Laaksosen ja Gouldin (2013) tutkimuksessa työeläkesektorin työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuuksista vuosien 2006 ja 2011 välillä eläkkeiden alkavuus ja hakemisalttius olivat yleisesti matalampia Etelä- ja Länsi-Suomen maakunnissa kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa. Perhoniemen ym. (2020) tutkimuksessa sen sijaan erot väestön demografisilla ja sosioekonomisilla ominaisuuksilla vakioituissa työkyvyttömyyseläkkeen hakemisalttiuksissa olivat hieman erilaiset – myös Länsi- ja Etelä-Suomesta löytyi suhteellisesti korkeita lukuja Kymenlaaksosta ja Etelä-Pohjanmaalta.

Vaikka sairauspäivärahan kustannuksista ei ole maakuntien väestörakennetta huomioivaa vertailevaa tietoa, tiedossa ovat maksettujen sairauspäivärahojen kokonaiskustannukset kohdistettuna maakunnittain sekä asukaskohtaiset keskimääräiset sairauspäivärahakustannukset maakunnittain vuodelta 2018 (Kela-rahapuu 2019). Maksettujen sairauspäivärahojen keskimääräiset vuosikustannukset asukasta kohden olivat matalimmillaan Uudellamaalla (130 €/asukas) ja korkeimmillaan Lapissa (182 €), Kainuussa (181 €), Pohjois-Pohjanmaalla (175 €) ja Kymenlaaksossa (175 €).

Yhteenvedona näyttää siis siltä, sairauspäivärahojen alue-erot noudattelevat osittain terveyden alue-eroista tuttua, Pohjois- ja Itä-Suomen ongelmia painottavaa kaavaa, mutta toisaalta haasteita sairauspäivärahan yleisyydessä ja etuuskustannuksissa löytyy sekä pohjoisesta, idästä että lännestä. Uudenmaan tilanne on kaikilla sairauspäivärahan mittareilla hyvä, johtuen maakunnan erityispiirteistä.

Edellä esitetyn perusteella on selvää, että myös sairauspoissaolojen kustannusten alue-erot johtuvat osin maakuntien välisistä eroista demografisissa, sosioekonomisissa sekä sairastavuuteen liittyvissä. Vakioimme siksi näitä tekijöitä vertailemme maakuntia toisiinsa.

Kustannukset muodostuvat sairauspäivähakausien esiintyvyyden, kausien pituuksien ja ansio-perusteisten päivärahakustannusten kautta. Blomgrenin tutkimusryhmän (2019) havainto, jonka mukaan maakunnat eroavat hieman eri tavoin riippuen siitä, tarkastellaanko esiintyvyyttä vai keskimääräisiä pituuksia, on oleellinen sairauspäivärahasta koituvien kustannusten kannalta. Siten aiemmista tutkimustuloksista ei voi suoraan päätellä kustannusten maakunta-eroja.

Maakuntakohtaiset erittelyt ovat tärkeitä, jotta voidaan syventää ymmärrystä työkyvyttömyyden ongelmista eri alueilla, pitkinä sairauspoissaoloina ilmenevän työkyvyttömyyden alueellisista riskitekijöistä sekä työkykyongelmien yhteyksistä sosiaali- ja terveysturvan kokonaiskustannuksiin. Tarkastelemme maakuntien kokonaiskustannuksina sekä kustannuksia suhteuttaen niitä maakuntien väestöön. Kustannusten ymmärtämiseksi avaamme myös päivärahopäivien maakuntakohtaisia määriä ja keskimääräisiä päivärahakorvauksia.

## 2 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tarkastelemme tässä työpaperissa seuraavia tutkimuskysymyksiä:

1. Kuinka suurina ovat kalenterivuoden 2019 aikana eri maakunnissa maksettujen sairauspäivärahopäivien kokonaismäärät ja kokonaiskustannukset sekä yhtä maksupäivää kohden maksettu keskimääräinen korvaus? Kuinka suurina ovat vastaavat luvut osasairauspäivärahan osalta?
2. Kuinka suurina ovat sairauspäivärahopäivien ja osasairauspäivärahopäivien määrät ja vuosikustannukset maakunnittain yhtä kohdejoukon henkilöä kohden?
3. Kuinka suurina ovat sairauspäivärahopäivien määrät ja vuosikustannukset sekä päiväkohtaiset kustannukset maakunnittain yhtä kohdejoukon henkilöä kohden, kun vakioidaan maakuntien väestörakenteita heijastelevia demografisia, sosioekonomisia ja sairastavuuteen liittyviä tekijöitä?
4. Kuinka suurina ovat maakuntien sairauspäivärahaetuuksien kustannukset suhteutettuna maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kokonaiskustannuksiin?

## 3 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 3.1 Rekisteriaineisto

Tutkimuksessa käytettiin Kelan ja Tilastokeskuksen rekisteritietokannoista koottua aineistoa. Kelan rekistereistä hyödynnettiin tietoja tutkittavien sukupuolesta, iästä, siviilisäädystä, veronalaisista ansiotuloista ja asuinmaakunnasta sekä sairauspäiväraha- ja lääkekorvaus-oikeuksista ja maksussa olevista eläkkeistä. Maksussa olevien eläkkeiden osalta hyödynnettiin Kelan ja Eläketurvakeskuksen yhteistä eläkkeensaajien yhteistilaston rekisteriaineistoa. Tilastokeskuksen rekisteristä poimittiin sosioekonomista asemaa ja ammattiasemaa<sup>4</sup> koskevia tietoja.

Sairauspäivärahaa tutkittiin 2019 maksettujen päivärahojen osalta. Tiedot poimittiin varsinaisen sairauspäivärahan, ja osasairauspäivärahan osalta. Taustatiedot perustuivat pääosin vuoden 2018 lopun tilanteeseen. Poikkeuksina olivat tiedot sosioekonomisesta asemasta, joka oli tutkimusta tehdessä saatavilla vuoden 2017 lopusta ja veronalaisista ansiotuloista, joiden osalta oli käytettävissä vuoden 2017 aikaiset vuositulot. Vuoden 2017 tietojen käyttö on ansioiden osalta perusteltua, sillä vuonna 2019 sairauspäivärahan määrä laskettiin pääsääntöisesti viimeisimmässä verotuksessa vahvistettujen eli vuoden 2017 veronalaisten ansiotulojen perusteella.

Perusjoukko rajattiin vuoden 2018 lopun tietojen perusteella. Perusjoukkona olivat kaikki 16–67-vuotiaat vuoden 2018 lopussa väestöön kuuluneet, Manner-Suomessa asuneet henkilöt, pois lukien täydellä vanhuus- tai työkyvyttömyys tai näihin rinnastettavalla eläkkeellä olleet<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Luokituksessa otetaan huomioon henkilön elämänvaihe (opiskelija, työtön, ammatissa toimiva, eläkeläinen jne.) sekä ammatti ja ammatti-asema (yrittäjä, palkansaaja, yrittäjäperheenjäsen) ammatissa toimivien osalta. (Tilastokeskus 1989.)

<sup>5</sup> Osittaista eläkettä, esimerkiksi osatyökyvyttömyyseläkettä saavat ovat oikeutettuja sairauspäivärahaetuuksiin.

tai joulukuussa 2018 eläketukea saaneet henkilöt. Mainitut ryhmät poistettiin, koska heillä ei valtaosassa tapauksia ole oikeutta sairauspäivärahaan. Perusjoukko koostui siten 3 102 014 henkilöstä.

Ahvenanmaa ei ole mukana selvityksessä, koska sosiaalietuusjärjestelmä toimii maakunnassa osin eri tavoin kuin Manner-Suomessa. Maakunta siirsi myös terveydenhuollon vastuut kunnilta maakunnalle vuonna 2003, eikä siten ole tulevien sote-uudistusten osalta vertailtavassa asemassa muihin maakuntiin.

Tiedot sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaiskustannuksista eivät tutkimusta tehdessä olleet vielä saatavilla vuodelle 2019. Tämän takia suhteutettaessa sairauspäivärahaetuuksien kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen kokonaiskustannuksiin (tutkimuskysymys 4), käytettiin Soten rahapuusta (2019) poimittuja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannustietoja vuodelta 2017 sekä vastaavasti sairauspäivärahan ja osasairauspäivärahan kustannuksia koskevia tilastotietoja vuodelta 2017 (Kelasto 2020).

### 3.2 Kustannusten indikaattorit ja väestöä koskevat taustamuuttajat

Kustannuksia ja niiden osatekijöitä tarkastelimme maakunnittain seuraavilla indikaattoreilla:

- Sairauspäiväraha- ja osasairauspäivärahopäivien määrät yhteensä
- Sairauspäivärahan ja osasairauspäivärahan keskimääräinen päiväkustannus (€, vuosikustannukset yhteensä / maksetut päivärahopäivät yhteensä)
- Sairauspäivärahan, osasairauspäivärahan ja sairauspäivärahan lisäpäivien kokonaisvuosikustannukset yhteensä (€).

Näiden maakunnittaisten raakalukujen ohella suhteutimme lukuja kunkin maakunnan ei-eläkkeellä olevaan 16–67-vuotiaaseen väestöön eli tutkimuksen kohdejoukkoon. Luvut tasaavat luonnollisesti maakuntien väestömäärien erot ja ovat siten raakalukuja käyttökelpoisempia. Indikaattorit ovat:

- Sairauspäiväraha- ja osasairauspäivärahopäivien määrät yhtä kohdejoukkoon kuuluvaa kohden
- Sairauspäiväraha- ja osasairauspäivärahopäivien vuosikustannukset yhtä kohdejoukkoon kuuluvaa kohden (€).

Taustamuuttajien perusteella vakioidut estimaatit luotiin seuraaville kustannuksia koskeville indikaattoreille. Osasairauspäivärahan etuuspäivät ja kustannukset jätettiin näiden analyysien ulkopuolelle.

- Sairauspäivärahopäivien määrä yhtä kohdejoukkoon kuuluvaa kohden
- Sairauspäivärahan keskimääräinen päiväkustannus (€)
- Sairauspäivärahan vuosikustannukset yhtä kohdejoukkoon kuuluvaa kohden (€).

Vakiointia varten poimimme aineistosta oleellisia väestörakennetta heijastavia taustamuuttujia, joita käsiteltiin aineistossa yksilötasolla. Näitä olivat demografiset tekijät sukupuoli, ikä ja siviilisäätö sekä sairastavuuden indikaattorina lääkkeiden erityiskorvausoikeus. Sosioekonomisia taustamuuttujia olivat puolestaan Tilastokeskuksen jaottelun mukainen sosioekonominen asema ja kalenterivuoden veronalaiset ansiotulot.

Taulukossa 1 on esitetty tutkimuksen perusjoukon jakautuminen taustatekijöiden ja maakunnan mukaan. Sukupuolijakauma oli tasainen. Ikäjakaumassa korostuivat hieman sekä alle 30-vuotiaat että vähintään 50-vuotiaat henkilöt. Noin puolella siviilisäätö oli naimaton tai tuntematon, mikä johtui pitkälti nuorimman ikäryhmän suhteellisesta suuruudesta. Suurimmat sosioekonomiset ryhmät olivat alemmat toimihenkilöt, työntekijäasemassa olevat sekä kategoria 'muut'. Tämä luokka sisältää muun muassa pitkäaikaistyöttömiä, opiskelijoita sekä henkilöitä, joille ei ole rekisteritiedon perusteella saatu määritettyä sosioekonomista asemaa. Ansiotulot jaettiin kvintiileihin, joiden euromääräiset rajat on merkitty taulukkoon. Lääkkeiden erityiskorvausoikeus vähintään yhteen lääkkeeseen oli 15 prosentilla perusjoukosta.

**Taulukko 1.** Tutkimuksen perusjoukko (Manner-Suomen 16–67-vuotias, ei-eläkkeellä oleva väestö vuoden 2018 lopussa) taustatekijöiden mukaan.

Taustatekijä	N	%
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	1 572 275	50,7
Nainen	1 529 739	49,3
<b>Ikäryhmä</b>		
16–29	893 704	28,8
30–39	687 206	22,2
40–49	631 259	20,4
50–67	889 845	28,7
<b>Siviilisäätö</b>		
Naimisissa / rekisteröidyssä parisuhteessa	1 236 002	39,9
Naimaton/tuntematon	1 522 379	49,1
Asumuserossa, eronnut, leski	343 633	11,1
<b>Sosioekonominen asema</b>		
Ylempi toimihenkilö	526 582	17,0
Alempi toimihenkilö	830 743	26,8
Työntekijä	686 596	22,1
Yrittäjä	235 011	7,6

Taustatekijä	N	%
Muu	823 082	26,5
<b>Veronalaiset ansiotulot</b>		
Kvintiili 1 (0-8 400 €)	620 558	20,0
Kvintiili 2 (8 401-21 418 €)	620 248	20,0
Kvintiili 3 (21 419-32 224 €)	620 404	20,0
Kvintiili 4 (32 225-44 245 €)	620 402	20,0
Kvintiili 5 (yli 44 245 €)	620 402	20,0
<b>Lääkkeiden erityiskorvausoikeus</b>		
Ei	2 629 061	84,8
Kyllä	472 953	15,3
<b>Maakunta</b>		
Uusimaa	1 034 287	33,3
Varsinais-Suomi	270 383	8,7
Satakunta	114 375	3,7
Kanta-Häme	92 071	3,0
Pirkanmaa	294 553	9,5
Päijät-Häme	106 930	3,5
Kymenlaakso	90 181	2,9
Etelä-Karjala	68 581	2,2
Etelä-Savo	71 944	2,3
Pohjois-Savo	130 844	4,2
Pohjois-Karjala	86 408	2,8
Keski-Suomi	151 509	4,9
Etelä-Pohjanmaa	98 295	3,2
Pohjanmaa	99 502	3,2
Keski-Pohjanmaa	35 819	1,2
Pohjois-Pohjanmaa	224 827	7,3
Kainuu	36 841	1,2
Lappi	94 664	3,1
<b>Yhteensä</b>	<b>3 102 014</b>	<b>100,0</b>

### 3.3 Tilastolliset menetelmät

Tarkastelumme on pääosin kuvaileva. Tutkimuskysymys 3:n osalta teimme tilastollisen mallinnuksen, jossa tarkastelimme maakuntien eroja vakioiden yllä kuvattuja väestörakennetekijöitä. Tämän analyysi teimme ainoastaan sairauspäivärahan osalta (ei osasairauspäivärahalle).

Ajoimme vakioidut estimaatit kustannusten indikaattoreille gamma-jakaumaan perustuvalla yleistetyllä lineaarisella mallilla (Generalized Linear Model) yhdistettynä logaritmista muuttujamuunnosta vastaavalla log-linkkifunktiolla. Valitut menetelmät sopivat sellaisen oikealle viinon jatkuvan tulomuuttujan selittämiseen, jossa on lisäksi paljon nolla-arvoja (mm. Manning ja Mullahy 2001). Sairausperusteiset kustannusaineistot ovat usein kuvatun kaltaisia oikealle viinoja aineistoja. Teimme analyysin Stata 14.1 -ohjelmistolla, ja vakioidut estimaatit Statan margins -komennolla.

Vakioidut estimaatit maakuntien sairauspäivärahapäivien määrästä ja vuosikustannuksista yhtä kohdejoukon henkeä kohden perustuivat taustatekijöiden vakiointiin koko perusjoukossa (N = 3 102 014). Sen sijaan laskimme estimaatit maakuntakohtaisista, keskimääräisistä päivärahakustannuksista vakioimalla taustatekijöitä sairauspäivärahaa vuonna 2019 saaneiden kesken. Tulokset perustuvat malleihin, joissa kaikki taustatekijät on vakioitu yhtä aikaa.

## 4 TULOKSET

### 4.1 Sairauspäivärahapäivien määrät ja kustannukset maakunnittain

Taulukossa 2 (s. 17) esitetään vuonna 2019 tutkimuksen kohdejoukolle maksettujen sairauspäivärahapäivien määrät yhteensä, maksettujen päivärahojen keskimääräinen kustannus maksupäivää kohden sekä päivärahoista koituneet vuosikustannukset yhteensä kussakin maakunnassa. Nämä kolme lukua on esitetty erikseen sairauspäivärahaa ja osasairauspäivärahaa koskien. Lisäksi viimeisessä sarakkeessa on esitetty kaikista päivärahoista eli sairauspäivärahasta, osasairauspäivärahasta ja sairauspäivärahan lisäpäivistä (ks. 1.1.1 Sairauspäiväraha sosiaaliturvaetuutena) maksetut vuosikustannukset yhteensä. Liitetaulukossa on lisäksi esitetty maakuntien suhteelliset osuudet näistä kokonaiskustannuksista.

Ymmärrettävästi suuria päivärahapäivien määriä oli väestönsä puolesta suurimmissa maakunnissa (Uudellamaalla, Pirkanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa). Vastaavan suuntaiset alueelliset havainnot nähdään sairauspäivärahasta, osasairauspäivärahasta ja sairauspäivärahan lisäpäivistä koostuvissa kokonaiskustannuksissa.

Sairauspäivärahan maksupäivää kohden laskettu kustannus oli suurin Uudellamaalla. Päiväkohtainen kustannus oli korkea myös Kymenlaaksossa, Etelä-Karjalassa ja Pohjanmaalla. Osasairauspäivärahan päiväkustannuksen osalta maakuntien järjestys oli hieman erilainen: muita suurempia keskimääräisiä päiväkustannuksia oli muuan muassa Uudellamaalla, Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla.



**Taulukko 2.** Maksetut päivärahopäivät yhteensä, keskimääräiset päiväkustannukset ja vuosikustannukset maakunnittain vuonna 2019.

Maakunta	Maksetut päivärahopäivät yhteensä		Keskimääräiset päiväkustannukset (€) = kustannukset / päivät		Vuosikustannukset yhteensä (€)		
	Sairauspäiväraha	Osasairauspäiväraha	Sairauspäiväraha	Osasairauspäiväraha	Sairauspäiväraha	Osasairauspäiväraha	Kaikki päivärahat yhteensä
Uusimaa	3 576 917	311 979	58,2	38,1	208 008 800	11 894 360	220 220 908
Varsinais-Suomi	1 344 993	108 811	54,2	35,0	72 861 870	3 803 519	76 813 759
Satakunta	598 040	43 892	55,4	35,4	33 103 120	1 551 682	34 708 431
Kanta-Häme	475 950	40 041	56,4	35,6	26 855 520	1 426 123	28 351 198
Pirkanmaa	1 412 744	124 349	54,6	36,5	77 070 300	4 541 882	81 773 143
Päijät-Häme	537 112	34 912	54,6	35,8	29 300 630	1 248 984	30 616 058
Kymenlaakso	504 081	30 213	57,1	36,1	28 801 160	1 091 880	29 954 186
Etelä-Karjala	334 458	21 012	57,0	36,3	19 067 400	763 035	19 858 566
Etelä-Savo	389 413	26 882	55,2	35,2	21 485 150	945 500	22 479 174
Pohjois-Savo	758 268	57 138	54,4	36,5	41 267 150	2 087 681	43 447 164
Pohjois-Karjala	417 331	35 001	54,5	36,1	22 745 680	1 263 731	24 052 037
Keski-Suomi	731 054	68 812	53,7	35,9	39 273 830	2 467 294	41 802 568
Etelä-Pohjanmaa	542 229	46 062	54,4	36,1	29 488 350	1 665 129	31 225 831
Pohjanmaa	460 957	58 347	57,0	34,8	26 264 710	2 032 179	28 334 916
Keski-Pohjanmaa	205 810	23 677	54,3	37,9	11 167 900	897 057	12 083 810
Pohjois-Pohjanmaa	135 9827	127 940	53,5	36,0	72 715 300	4 610 281	77 340 621
Kainuu	250 456	19 288	53,6	37,8	13 413 650	729 696	14 183 286
Lappi	600 868	44 404	54,6	36,0	32 806 480	1 596 547	34 484 987
<b>Manner-Suomi yhteensä</b>	<b>14 500 508</b>	<b>1 222 760</b>	<b>55,6</b>	<b>36,5</b>	<b>805 697 000</b>	<b>44 616 560</b>	<b>851 730 643</b>

Kustannusten pääosa tuli sairauspäivärahopäivistä. Osasairauspäivärahopäivistä maksetut kustannukset muodostivat vain noin 5 % kokonaiskustannuksista. Sairauspäivärahan lisäpäivät olivat sen sijaan kokonaisuudessa vain marginaalinen kustannuslisä. Tämän voi todeta vertaamalla taulukko 2:en oikeanpuolimmaisien sarakkeiden lukua kahden edellisen sarakkeen (sairauspäivärahan ja osasairauspäivärahan vuosikustannukset). Eroa ei juurikaan ole. Koko maan kustannukset lisäpäivineen olivat 851,7 miljoonaa euroa, kun ilman lisäpäiviä kustannukset olivat 850,3 miljoonaa euroa. Siten lisäpäivät lisäsivät kustannuksia 0,2 %.

Lukumme eroavat hieman Kelan tilastotietopalvelun luvuista (Kelasto 2020). Pääsyyinä on perusjoukkomme rajausta henkilöihin, jotka eivät edellisen vuoden lopussa saaneet täyttä eläkettä, sillä eläkkeellä olevat eivät ole pääosin oikeutettua sairauspäivärahaan. Kuitenkin osa esimerkiksi määräaikaisilla työkyvyttömyyseläkkeillä olevista on voinut palata työvoimaan ja käyttämään sairauspäivärahaa.

## **4.2 Sairauspäivärahopäivien määrät ja kustannukset yhtä kohdejoukon henkeä kohden maakunnittain**

Taulukossa 3 (s. 19) esitetään sairauspäivärahopäivien ja osasairauspäivärahopäivien määrät ja kustannukset maakunnittain vuonna 2019 yhtä kohdejoukon henkeä eli ei-eläkkeellä olevaa 16–67-vuotiasta kohden. Maakunnat on järjestetty taulukkoon sairauspäivärahan vuosikustannusten mukaan.

Uudellamaalla oli selvästi muita maakuntia vähemmän sairauspäivärahopäiviä henkeä kohden (3,5 päivää/henkilö). Eniten päiviä henkeä kohden oli Kainuussa, Lapissa, Pohjois-Pohjanmaalla, Pohjois-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla. Osasairauspäivärahojen osalta päivärahopäiviä kohdejoukon henkeä kohden oli vähiten Uudellamaalla, Etelä-Karjalassa, Päijät-Hämeessä ja Kymenlaaksossa. Eniten niitä oli Keski-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla.

Sairauspäivärahan vuosikustannukset henkeä kohden olivat pienimmät Uudellamaalla. Suurimmat ne olivat vastaavasti Kainuussa, Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Melko korkeita vuosikustannuksia kohdejoukon henkeä kohden oli myös Kymenlaaksossa, Pohjois-Savossa ja Keski-Pohjanmaalla.

Osasairauspäivärahan vuosikustannukset kohdejoukon henkeä kohden olivat muita korkeammat erityisesti Keski-Pohjanmaalla. Päiväkustannus oli siellä keskimäärin korkea (ks. taulukko 1) ja osasairauspäivärahopäiviä oli suhteellisen paljon (ka 0,66) yhtä kohdejoukon henkeä kohden. Osasairauspäivärahan vuosikustannukset olivat korkeat myös Pohjanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa.

**Taulukko 3.** Sairauspäivärahopäivien ja osasairauspäivärahopäivien määrät ja vuosikustannukset yhtä kohdejoukon henkeä kohden vuonna 2019.

Maakunta	Päivärahopäivien määrä henkeä kohden		Vuosikustannukset henkeä kohden (€)	
	Sairauspäiväraha	Osasairauspäiväraha	Sairauspäiväraha	Osasairauspäiväraha
Uusimaa	3,5	0,30	201,1	11,5
Keski-Suomi	4,8	0,45	259,2	16,3
Pirkanmaa	4,8	0,42	261,7	15,4
Pohjois-Karjala	4,8	0,41	263,2	14,6
Pohjanmaa	4,6	0,59	264,0	20,4
Varsinais-Suomi	5,0	0,40	269,5	14,1
Päijät-Häme	5,0	0,33	274,0	11,7
Etelä-Karjala	4,9	0,31	278,0	11,1
Satakunta	5,2	0,38	289,4	13,6
Kanta-Häme	5,2	0,43	291,7	15,5
Etelä-Savo	5,4	0,37	298,6	13,1
Etelä-Pohjanmaa	5,5	0,47	300,0	16,9
Keski-Pohjanmaa	5,8	0,66	311,8	25,0
Pohjois-Savo	5,8	0,44	315,4	16,0
Kymenlaakso	5,6	0,34	319,4	12,1
Pohjois-Pohjanmaa	6,1	0,57	323,4	20,5
Lappi	6,4	0,47	346,6	16,9
Kainuu	6,8	0,52	364,1	19,8
<b>Manner-Suomi yhteensä</b>	<b>4,7</b>	<b>0,39</b>	<b>259,7</b>	<b>14,4</b>

### 4.3 Väestön ominaisuuksilla vakioidut sairauspäivärahopäivien määrät, keskimääräinen päiväkustannus ja kustannukset yhtä kohdejoukon henkeä kohden

Maakuntien väestöt eroavat toisistaan monella tavalla, ja erot vaikuttavat sairauspäiväraha-kustannuksiin. Siksi on tärkeää tarkastella kustannuksia nämä erot huomioiden. Väestörakenteella vakioidut luvut kertovat, minkälaisia kustannukset olisivat, jos maakunnat olisivat keskenään samanlaisia valittujen taustatekijöiden osalta.

Taulukossa 4 (s. 21) esitetään näitä väestörakenteella vakioituja, estimoituja lukuja. Niitä ovat sairauspäivärahopäivien määrä yhtä kohdejoukon henkeä kohden, keskimääräinen päiväkustannus sekä vuosikustannukset yhtä kohdejoukon henkeä kohden. Vakioimme väestörakenteen maakuntaeroja tilastollisissa malleissa selittämällä indikaattoreita paitsi perusjoukon

asuintiedolla (maakunnat), myös demografisilla, sosioekonomisilla ja sairastavuuteen liittyvillä taustatekijöillä (ks. luku 3 Aineisto ja menetelmät). Maakunnat on järjestetty taulukkoon vakioitujen vuosikustannusten mukaan.

Kun vakioimme maakuntien välisiä eroja väestörakenteessa, maakuntaerot maksettujen sairauspäivärahopäivien määrässä henkeä kohden kaventuivat (vrt. taulukko 3). Toisaalta nämä erot myös pitkälti säilyivät. Toisin sanoa väestörakenne ei näyttänyt selittävän suurelta osin maakuntien eroja päivärahopäivien määrissä.

Päiväkustannuksissa henkeä kohden maakuntaerot sen sijaan melkein hävisivät, kun huomioimme väestörakenteen. Toisaalta pienetkin erot säilyivät tilastollisesti merkitsevinä, kuten luottamusväleistä voi nähdä.

Kun lopulta tarkastellaan vakioituja vuosikustannuksia henkeä kohden, erottui Uusimaa edelleen muita alhaisempien kustannusten maakuntana. Kainuussa, Pohjois-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla, Lapissa ja Pohjois-Savossa oli korkeammat vuosikustannukset, kuin useimmissa muissa maakunnissa. Pääosin järjestys näyttää samalta kuin vakioimattomissa luvuissa. Verrattuna vakioimattomiin vuosikustannuksiin henkeä kohden, Etelä-Pohjanmaa nousi kuitenkin lähemmäs kustannuksiltaan suurimpia maakuntia, kun taas Kymenlaakson kustannukset pienivät suhteessa muihin korkeiden kustannusten maakuntiin.

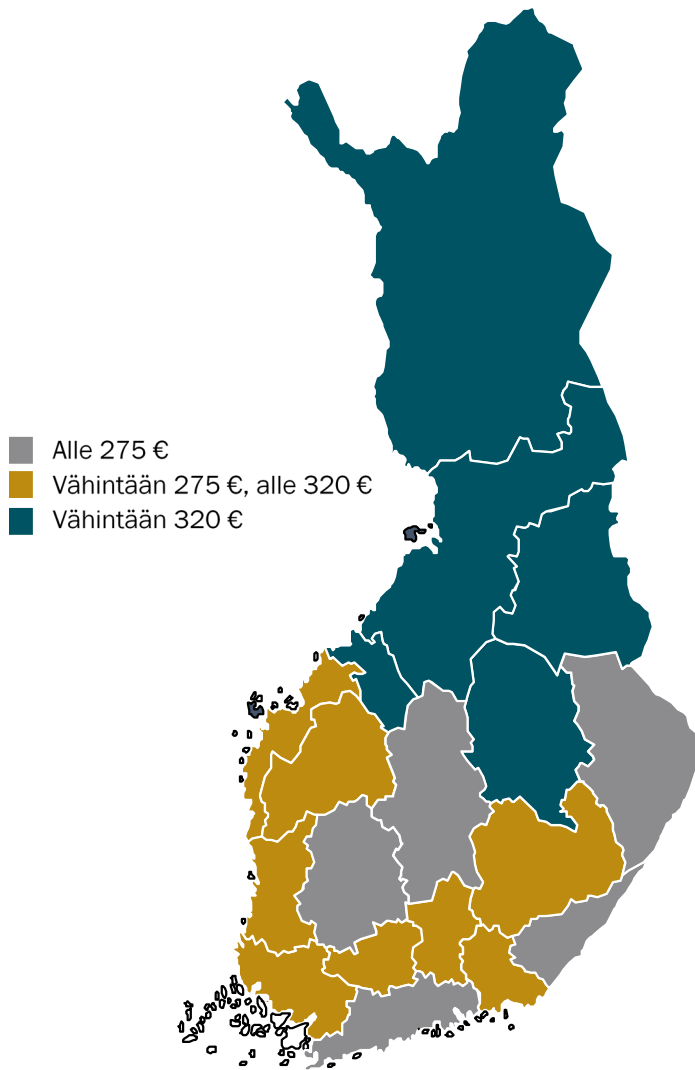
Väestörakenteella vakioidut vuosikustannukset henkeä kohti esitetään myös kuviossa (s. 22). Kuviossa kustannusten määrä on jaettu kolmeen suuruusluokkaan – alle 275 euroa; vähintään 275 euroa ja alle 320 euroa; sekä vähintään 320 euroa henkeä kohden. Näin tarkastellen tulee esiin välisiä suuria eroja ”naapurimaakuntienkin” välillä. Esimerkiksi Pohjois-Karjalan ero Kainuuseen ja Pohjois-Savoon on henkeä kohti lasketuissa vuosikustannuksissa suuri.

Yhteenvetona voidaan sanoa, että väestörakenteen vakiointi pienensi vain hieman maakuntaeroja henkeä kohden lasketuissa vuosikustannuksissa. Erot olivat melkein yhtä suuria kuin vakioimattomissa luvuissa (taulukko 3). Tämä seurasi yllä todetuista huomioista – vaikka väestöerojen huomioiminen toi maakuntien päiväkustannuksia lähelle toisiaan, päivien määrissä maakuntaerot pysyivät väestörakenteen vakioinnista huolimatta. Toisin sanoen väestörakennetta heijastavat taustamuuttujat eivät juurikaan selittäneet eroja sairauspäivärahopäivien määrässä. Siten maakuntien vuosikustannukset henkeä kohden pysyvät selkeinä ja erityisesti pohjoisempi Suomi erottui korkeiden kustannusten alueena.

**Taulukko 4.** Väestörakenteella vakioitujen sairauspäivärahopäivien määrät henkeä kohden, keskimääräiset päiväkustannukset ja vuosikustannukset henkeä kohden sekä niiden 95 %:n luottamusvälit vuonna 2019.

Maakunta	Sairauspäiväraha-päivien määrä henkeä kohden	Luottamusvälit (lv)	Keskimääräiset päiväkustannukset (€)	Luottamusvälit (lv)	Vuosikustannukset henkeä kohden (€)	Luottamusvälit (lv)
Uusimaa	3,6	3,6–3,7	62,7	62,5–62,9	207,1	204,6–209,7
Pohjois-Karjala	4,6	4,5–4,8	60,6	60,0–61,2	256,5	246,4–266,7
Etelä-Karjala	4,6	4,3–4,8	61,5	60,9–62,2	260,0	248,5–271,5
Keski-Suomi	4,9	4,8–5,1	60,8	60,3–61,2	274,4	266,2–282,7
Pirkanmaa	4,9	4,8–5,0	61,5	61,2–61,9	274,5	268,5–280,5
Päijät-Häme	5,0	4,8–5,2	61,5	60,9–62,0	278,2	268,3–288,1
Satakunta	5,1	4,9–5,3	60,6	60,0–61,1	283,2	273,5–292,9
Pohjanmaa	5,0	4,8–5,2	61,8	61,2–62,4	284,0	273,5–294,5
Varsinais-Suomi	5,1	5,0–5,2	61,3	60,9–61,1	284,4	277,9–290,9
Kanta-Häme	5,1	4,9–5,3	61,6	61,1–62,2	286,3	275,3–297,2
Etelä-Savo	5,2	4,9–5,4	61,1	60,5–61,8	292,1	279,5–304,7
Kymenlaakso	5,2	5,0–5,4	61,9	61,3–62,5	295,5	284,1–306,9
Etelä-Pohjanmaa	5,5	5,3–5,7	61,8	61,2–62,3	307,9	296,5–319,3
Pohjois-Savo	5,8	5,6–6,0	61,5	61,0–61,9	324,8	314,3–335,2
Lappi	5,9	5,7–6,2	61,3	60,8–61,9	333,9	321,3–346,4
Keski-Pohjanmaa	6,1	5,7–6,4	61,3	60,4–62,2	336,0	315,5–356,6
Pohjois-Pohjanmaa	6,2	6,0–6,3	60,7	60,3–61,0	343,1	334,6–351,7
Kainuu	6,3	5,9–6,6	62,2	61,3–63,0	353,0	331,8–374,3

**Kuvio.** Väestörakenteella vakioidut sairauspäivärahopäivien vuosikustannukset yhtä kohdejoukon henkeä kohden kolmessa kustannusluokassa.



## 4.4 Maakuntien sairauspäivärahaetuuksien kustannukset suhteessa sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaiskustannuksiin vuonna 2017

Lisätarkasteluna suhteutimme maakuntiin maksettuja sairauspäiväraha-kustannuksia maakunnille koituihin sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaiskustannuksiin.

Kunnallisesti järjestetyt talvelut muodostavat noin 80 prosenttia Kelan ylläpitämään Soten rahapuhun lasketuista sote-talveluiden kokonaiskustannuksista. Vuonna 2017 sote-talvelujen kokonaiskustannukset<sup>6</sup> vaihtelivat Keski-Pohjanmaan 0,3 miljardista Uudenmaan 6,5 miljardiin euroon. Asukaskohtaiset sote-talvelukustannukset vaihtelivat puolestaan Uudenmaan 3 846 eurosta Kainuun 5 225 euroon. Ne olivat suurimmat Kainuussa, Etelä-Savossa, Lapissa, Pohjois-Savossa ja Kymenlaaksossa. (Soten rahapuu 2019).

Taulukossa 5 (s. 24) esitetään sairauspäivärahaetuuksien kustannukset vuonna 2017 suhteessa maakuntien sosiaali- ja terveystalvelukustannuksiin samana vuonna. Viimeisen sarakkeen suhdeluku on saatu jakamalla sairauspäiväraha-kustannusten euromäärä sote-talvelukustannusten ja sairauspäivärahaetuuksien kustannusten summalla. Maakunnat on järjestetty taulukossa tämän suhdeluvun mukaan. Kaikkiaan Manner-Suomen sairauspäiväraha-kustannukset olivat runsaat 3 prosenttia tästä kokonaisuudesta. Maakunnat eivät eronneet toisistaan suuresti. Suhdeluku oli matalin Etelä-Savossa (2,8 %) ja korkein Pohjois-Pohjanmaalla (3,8 %).

---

<sup>6</sup> Soten rahapuu perustuu aineistoon, jossa ovat mukana kuntien sote-talveluiden kustannukset; sairausvakuutuksen korvausmenot; asiakkaiden maksamat asiakasmaksut ja omavastuut; ja työnantajien ja yrittäjien maksut. Laskelmat vuodelta 2017 sisältävät yhtäältä kunnallisesti järjestettyjen sosiaali- ja terveystalveluiden ja kustannukset ja toisaalta Kelan hallinnoiman sairausvakuutuksen piiriin kuuluvien talveluiden kustannukset ja korvaukset. Jälkimmäinen sisältää sairausvakuutuksen osin korvaamien talveluiden, matkojen ja lääkkeiden kokonaiskustannukset ja myös väestön maksamat asiakasmaksut ja omavastuuosuudet sekä työnantajien ja yrittäjien maksuosuudet. Työtulovakuutuksesta maksetut sairauspäivärahat eivät sisälly Soten rahapuun laskelmiin.

**Taulukko 5.** Sairauspäivärahaetuuksien kustannukset suhteessa maakuntien sosiaali- ja terveystalvelukustannuksiin vuonna 2017.

Maakunta	Sosiaali- ja terveystalvelujen kokonaiskustannukset, tuhatta (€) <sup>a</sup>	Sairaus- ja osasairauspäivärahan kustannukset yhteensä, tuhatta (€) <sup>b</sup>	Sote-talvelujen kokonaiskustannukset ja sairauspäivärahaetuuksien kustannukset yhteensä, tuhatta (€)	Sairauspäivärahan kustannukset suhteessa maakuntien maksamiin sote-talvelukustannuksiin, (%)
Etelä-Savo	751 743	21 727	773 470	2,8
Pohjois-Karjala	760 063	22 741	782 804	2,9
Etelä-Karjala	588 012	18 648	606 660	3,1
Keski-Suomi	1 194 598	38 031	1 232 629	3,1
Uusimaa	6 366 906	206 657	6 573 563	3,1
Päijät-Häme	861 970	28 016	889 986	3,1
Pohjanmaa	759 295	24 777	784 072	3,2
Varsinais-Suomi	2 080 046	70 149	2 150 195	3,3
Satakunta	991 281	33 585	1 024 866	3,3
Pohjois-Savo	1 188 518	40 694	1 229 212	3,3
Kainuu	386 457	13 286	399 743	3,3
Lappi	887 906	30 586	918 492	3,3
Etelä-Pohjanmaa	868 395	30 182	898 577	3,4
Kymenlaakso	839 689	29 193	868 882	3,4
Pirkanmaa	2 138 012	77 646	2 215 658	3,5
Kanta-Häme	754 187	27 722	781 909	3,5
Keski-Pohjanmaa	306 167	11 460	317 627	3,6
Pohjois-Pohjanmaa	1 751 835	68 754	1 820 589	3,8
<b>Manner-Suomi yhteensä</b>	<b>23 475 080</b>	<b>793 854</b>	<b>24 268 934</b>	<b>3,3</b>

<sup>a</sup> Soten rahapuu 2019.

<sup>b</sup> Kelasto 2020.



## 5 POHDINTA

Sairauspäivärahaetuuksista koituu vuosittain merkittäviä kustannuksia. Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta maksettavien etuuksien kustannukset jakautuvat työnantajille, palkan-saajille, yrittäjille ja valtiolle. Pitkistä sairauspoissaoloista aiheutuu myös epäsuoria, tuotannol-lisia kustannuksia sairauspoissaolojen aikaisen työn menetyksestä.

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että pitkien sairauspoissaolojen yleisyys ja sairausjaksojen kestot vaihtelevat alueittain. Karkeasti ottaen pohjoisempi Suomi erottuu ete-lästä sairausjaksojen suuremmalla yleisyydellä ja pidemmällä kestoilla (Blomgren ym. 2019). Esiintyvyys on kuitenkin melko korkea myös Kymenlaaksossa ja Kanta-Hämeessä (Blomgren ym. 2019; Kela 2019b). Osin nämä maakuntaerot vastaavat yleisiä sairastavuudella mitattuja terveyseroja Suomessa (THL 2020). Alue-erojen kaventaminen on jatkuva haaste Suomelle, jonka menestystarina on rakentunut ajatukselle mahdollisimman pienistä väestöryhmien väli-sistä hyvinvointieroista. Suomi kipuilee yhtä aikaa väestön vanhenemisen ja maan sisäisten epäsuhtaisten muuttotrendien kanssa, mikä vaikeuttaa alueellisesti kestäväää kehittämistä. Alueellisten erojen riskiä lisäävät erityisesti talouden taantumata, jotka haastavat julkisen talou-den tasapainoa, riittäviä palveluja ja alueellisesti eritavoin painottuneiden toimialojen suhdan-nenäkymiä.

Tämän takia Suomi on jo pitkään valmistellut sosiaali- ja terveystalouden uudistamista sekä maakuntien roolia vahvistavaa rakenneuudistusta. Alueellisen yhdenvertaisuuden vahvistami-nen ja sote-palvelujen taloudellinen tehokkuus ovat olleet eri hallituskausien aikana valmistel-lun uudistuskokonaisuuden tavoitteina. Näistä lähtökohdista myös tuoreeseen tietoon perus-tuva sairauspäiväraha-kausista koituvien kustannusten vertailu maakuntien välillä on tärkeää. Tieto tukee sekä alueellisten terveyserojen hallintaa että sote- ja maakuntauusitusten vaiku-tusten arviointia jatkossa.

Siksi tarkastelimme tässä tutkimuksessa vuonna 2019 maksettujen sairauspäivärahojen kus-tannuksia maakunnittain. Erittelimme samalla maksettujen sairauspäivärahopäivien määriä ja keskimääräisiä päiväkustannuksia maakunnittain. Kohdejoukkona olivat 16–67-vuotiaat, ei-eläkkeellä olevat Manner-Suomessa asuvat henkilöt.

### 5.1 Väestörakenteella vakioitunut sairauspäivärahopäivien vuosikustannukset henkeä kohti keskeisin kustannusmittari

Olimme kiinnostuneita erityisesti siitä, miten henkeä kohti maksetut etuuskustannukset pai-nottuivat eri maakuntiin, kun huomioimme maakuntien välisiä eroja väestörakenteessa. Maa-kuntakohtaista väestörakennetta kuvasivat tutkimuksessa demografiset, sosioekonomiset ja sairastavuuteen liittyvät tekijät. Näin tarkastellen pohjoisemmassa Suomessa – Kainuussa, Pohjois-Pohjanmaalla, Keski-Pohjanmaalla, Lapissa ja Pohjois-Savossa oli muita maakuntia korkeammat henkeä kohden lasketut vuosikustannukset. Myös Etelä-Pohjanmaan kustannuk-set olivat korkeat. Uusimaa erottui selvästi muista matalampien kustannusten maakuntana.

Havaintomme ovat yhdenmukaisia Blomgrenin ja hänen kollegojensa (2019) maakuntaisia sairauspäiväraha-kausien keskimääräisiä pituuksia koskevien havaintojen kanssa. Myös heidän tutkimuksessaan Lapissa, Kainuussa, Pohjois-Pohjanmaalla sekä Pohjois-Savossa sairauspäiväjaksot olivat vuonna 2013 yleisiä ja jaksot pitkiä, kun maakuntien välisiä eroja väestörakenteessa oli huomioitu. Yhdenmukaiset tulokset ovat siinä mielessä ymmärrettäviä, että tässä tutkimuksessa väestörakenteen vakioinnin jälkeen maakuntaerot koskivat nimenomaan maksettujen päivärahopäivien vuosittaista määrää, eikä niinkään päiväraha- korvauksen määrää. Nämä vuosittaiset etuuspäivien määrät muodostuvat toki esiintyvyyden ja jaksojen pituuksien kautta.

Kiinnostavaa onkin, että väestörakenteen huomioiminen vakioiminen kavensi maakuntien kustannuseroja vain hieman. Väestörakenteella vakioiduissa, henkeä kohden lasketuissa vuosikustannuksissa maakuntaerot pysyivät melkein yhtä suurina kuin vakioimattomissa vuosikustannuksissa. Tämä johtui suurelta osin siitä, että vaikka vakiointi pienensi maakuntaeroja keskimääräisissä päiväkustannuksissa, säilyivät maakuntaerot sairauspäivärahopäivien määrissä väestörakenteen vakioinnista huolimatta suurina. Tämä puolestaan tarkoittaa, että demografiset, sosioekonomiset ja sairastavuuden ominaisuudet eivät välttämättä selitä suurta osaa kohdejoukon henkeä kohden laskettujen sairauspäivärahopäivien määrien maakuntaeroista. Varsinkin sairauspäivärahan yleisyyttä koskevien maakuntaerojen taustalla voi olla muita tekijöitä. Blomgrenin ym. (2019) tutkimuksessa väestörakenteen vakiointi selitti nimittäin suuremman osan sairauspoissaolojen pituuksien maakuntaeroista kuin niiden esiintyvyyden maakuntaeroista.

Tutkimme sairauspäivärahan ohella osasairauspäivärahasta koituvia kustannuksia. Vuosikustannukset osapäivärahoista henkeä kohden olivat korkeat erityisesti Keski-Pohjanmaalla, mutta myös Pohjanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa. Keski-Pohjanmaan kustannuksia nostivat sekä suuri maksettujen päivien määrä että korkea keskimääräinen päiväraha- korvaus. Muiden neljän maakunnan korkeita kustannuksia selittivät lähinnä osasairauspäivärahojen yleisyys. Ei ole selvää, että muita maakuntia korkeammat kustannukset osasairauspäivärahasta olisivat automaattisesti huono asia. Osittaisen sairauspäivärahan käyttö on positiivinen ilmiö, jos etuuteen päädytään varsinaisen sairauspäivärahan sijaan. Tässä tutkimuksessa ei pureuduttu siihen kysymykseen. Kuitenkin maakunnissa, joissa osasairauspäivärahan kustannukset olivat korkeat, myös sairauspäiväraha- kustannukset – Pohjanmaata lukuun ottamatta – olivat korkeita. Tämä viittaa siihen, että kyseisissä maakunnissa työkykyongelmat ovat ylipäänsä yleisiä, eikä siihen että osapäiväraha toimisi alueilla erityisen usein sairauspäivärahaa korvaavana etuutena.

## 5.2 Mikä voi selittää maakuntaeroja vakioitujen tekijöiden lisäksi?

Päivärahopäivien määrien ja sitä kautta kustannusten maakuntaerojen taustalla on todennäköisesti muitakin tekijöitä, joita emme pystyneet ottamaan huomioon. Ensiksi, elinkeinorakenne saattaa selittää etuuspäivien suurta määrää Kainuussa, Pohjois-, Keski- ja Etelä-Pohjanmaalla, Lapissa ja Pohjois-Savossa. Kyseisissä maakunnissa korostuvat muuhun Suomeen verrattuna fyysisiä ammatteja sisältävät toimialat maa-, metsä- ja kalatalous sekä kaivostoiminta (Owalgroupp 2017). Etelä-Pohjanmaalla ja vähemmässä määrin Keski-Pohjanmaalla korostuvat

teollisuuden toimipaikat (Tilastokeskus 2018a). Fyysisesti kuormittava työ näkyy tuki- ja liikuntaelinsairausindeksissä, joka on juuri kyseisissä maakunnissa korkea (Sotkanet 2020). Eri-tyisesti Pohjois-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla tule-sairausperusteiset sairauspäivärahat ovat sekä erityisen yleisiä että jaksot pitkiä, kun vakioidaan maakuntien eroja väestörakenteessa ja sairastavuudessa (Blomgren ym. 2019). Vastaavasti taas fyysisesti vähemmän kuormittava työ, muun muassa tieteellinen ja tekninen toiminta (Owalgroup 2017) sekä informaatiosektorin toimipaikat (Tilastokeskus 2018a) alikorostuvat näissä kuudessa maakunnassa. Erot fyysisesti kuormittavien ammattien yleisyydessä vaikuttavat varmasti sairauspoissaolosten maakuntaeroihin, vaikka vakioimmekin maakuntien eroja sosioekonomista asemaan kokevissa jakaumissa.

Suuret erot sairauspäivärahopäivien määrässä voivat johtua myös sairauksien erilaisesta alueellisesta painottumisesta, elinoloista, elintavoista sekä eroavaisuuksista muun muassa sairauspoissaolokulttuureissa. Tässä tutkimuksessa sairastavuuden indikaattorina käytetty lääkkeiden erityiskorvausoikeus ei oletettavasti täysin poistanut maakuntien välisten terveyserojen vaikutusta. Pitkiä sairauspoissaoloja aiheuttavat muun muassa mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, jotka sairauspoissaolosten taustalla ovat etelää suurempi haaste pohjoisessa, erityisesti Pohjois-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla (mielenterveysindeksi, Sotkanet 2020). Samoin pitkiä sairausjaksoja aiheuttavat verenkiertoelinten sairaudet ovat tavallisia Kainuussa, Lapissa ja Pohjois-Pohjanmaalla (Sotkanet 2020). Tiedetään myös, että harvaan asutuilla alueilla on suhteellisesti eniten terveytensä tai työkykynsä heikentyneeksi kokevia, pitkäaikais-sairaita ja toimeentulon ongelmia kokevia ihmisiä, sekä vastaavasti vähemmän terveystarkastuksissa käyneitä ja terveystyöpalveluihin tyytyväisiä henkilöitä (Kaikkonen ym. 2013; Kauppinen ja Karvonen 2014). Pohjois-Suomessa ja harvaan asutulla maaseudulla myös kokemukset työterveystyöpalvelujen riittämättömyydestä ovat kaupunkeihin verrattuna yleisempiä (Kaikkonen ym. 2013).

Lisäksi lääkäreiden sairaaksi kirjoittamisen käytännöt saattavat vaihdella alueellisesti, mikä voi osaltaan vaikuttaa sairauspäivärahopäivien määrään: pienten kuntien lääkäreiden on todettu kirjoittavan samojen oireiden perusteella pidempiä sairauspoissaoloja kuin suurten kuntien lääkäreiden (Kankaanpää ym. 2012). Vaikka asukasmäärältään pieniä kuntia on melko tasaisesti joka maakunnassa, on niitä eniten Pohjois-Suomessa (Tilastokeskus 2018a).

Maakunnilla voi myös olla sairauspäiväraha-kustannuksiin vaikuttavia tarkempia erityispiirteitä tai tekijöiden yhdistelmiä, joita emme tarkastelleet. Tutkimuksessamme esimerkiksi Pohjois-Karjalan sairauspäiväraha-kustannukset henkeä kohti olivat suhteellisen alhaiset, vaikka maakunnassa painottuu moni fyysisesti kuormittavaa työtä sisältävä toimiala (Owalgroup 2017), ja sairastavuusindeksi oli puolestaan vuonna 2016 Suomen toiseksi korkein (THL 2020). Vastaus voikin maakuntakohtaisesti löytyä tarkemmista väestöstä koskevista ominaisuuksista. Pohjois-Karjalan kohdalla kustannuksia saattavat pudottaa esimerkiksi mielenterveysperusteisten sairauspäiväraha-jaksojen verrattain harvinaisuus (Blomgren ym. 2019) ja keskimääräisiä päiväkustannuksia laskeva alhainen palkkataso (Tilastokeskus 2018b). Pohjois-Karjalan korkea työttömyysaste ei tarkoita suurta määrää sairauspäivärahopäiviä: vaikka työttömien sairauspäiväraha-jaksot ovat keskimäärin pitkiä, eivät ne ole kovin yleisiä (Blomgren ja Jäppi-

nen 2016). Oman kiemuransa sairauspäiväraha-kustannusten alueelliselle vaihtelulle voi tuottaa työttömyyden ja pitkien sairauspoissaolojen ajallinen suhde: kun taloudessa menee hyvin, ja työttömyys on alhainen, lisääntyvät pitkät sairauspoissaolot (mm. Blomgren 2017b), johtuen osin osatyökykyisten paremmasta mahdollisuudesta työllistyä. Luonnollisesti työkyvyttömyyttä ja työkyvyttömyyden pitkittymistä ehkäisevillä, alueellisilla sote-, ja kuntoutuspalveluilla on myös suuri merkitys etuuspäivien kokonaismäärään.

### 5.3 Sairauspäivärahasta ja sosiaali- ja terveystalvveluista koituvat kustannukset

Suhteutimme maakuntiin maksettujen sairauspäivärahaetuuksien kustannuksia myös maakunnille koituviin sosiaali- ja terveystalvvelujen kokonaiskustannuksiin. Tämän tarkastelun kautta voidaan paitsi havainnollistaa etuusmenojen suuruusluokkaa, myös pohtia työkyvyttömyyden aikaista toimeentuloa turvaavan etuuden suhdetta laajempaan palvelujärjestelmään, jonka tarkoitus on tukea väestön työkykyä, hyvinvointia ja terveyttä. Kelan ylläpitämään Soten rahapuhun kootut laskelmat maakuntien sote-palvelujen kustannuksista kertovat isossa kuvassa kunnallisesti järjestettyjen palvelujen kustannuksista<sup>7</sup>.

Kaikkiaan sairauspäivärahaetuuksien kustannusten kokoluokka oli runsaat 3 prosenttia sote-palvelujen ja sairauspäivärahaetuuksien kustannusten yhteenlasketuista kustannuksista. Siten jos sairauspäivärahaetuuksien rahoitusvastuu siirtyisikin – sote-palvelujen järjestämisvastuun lisäksi – maakuntien maksettavaksi, lisäisi tämä maakuntien kustannuksia keskimäärin reilulla kolmella prosentilla verrattuna nykyisiin sote-palveluiden kustannuksiin.

Suhteutettuna näin isompaan kokonaisuuteen etuusmenot eivät kuitenkaan näyttäydy valtaavan suurina. Toisaalta pohdittaessa, onko jokin julkinen kustannus liian suuri, on samalla pohdittava, kuinka suuri osuus kustannuksesta olisi ehkäistävissä. Jos ajatellaan, että nykyistä tehokkaampi varhainen tuki ehkäisisi osan nykyisistä sairauspäiväraha-jaksoista, voidaan kyseistä kolmea prosenttia pitääkin korkeana. Toisaalta ennaltaehkäisyyn panostaminen voisi lisätä julkisia kustannuksia sairauspäivärahaetuuksien sijaan muun muassa julkisissa sote-palveluissa tai Kelan tukemista työterveyshuollon palveluissa. On kuitenkin muistettava, että työkyvyttömyysohjelmien varhainen ehkäisy ja niiden pitkittymiseen puuttuminen säästävät pitkällä aikavälillä myös palvelujärjestelmän menoja.

Maakunnat eivät eronneet toisistaan suurella määrällä tässä tarkastelussa, joskin suhdeluku oli suurin Pohjois-Pohjanmaan kohdalla. Tarkkaa tulkintaa maakuntien eroille on hankalaa tehdä. Yhtäältä suurempi sairauspäiväraha-kustannusten osuus yhteenlasketuista kustannuksista saattaisi tuki indikoida, että rahalliset panostukset muun muassa työkyvyttömyyden ehkäisyyn sote-palveluissa ovat tarpeeseen nähden olleet muita maakuntia matalammat. Toisaalta voisi ajatella että sairauspäivärahaetuuksien ja sote-palveluiden kustannukset kertovat molemmat terveyden ja työkyvyttömyyden alueellista haasteista.

<sup>7</sup> Kunnallisesti järjestetyt palvelut muodostavat noin 80 prosenttia Kelan laskemista sote-palveluiden maakunnallisista kokonaiskustannuksista (Soten rahapuu 2019).

Selkeää yhteyttä maakunnittaisten sote-kustannusten ja sairauspäiväraha-kustannusten välillä ei maakunnittain kuitenkaan ollut. Toisin sanoen, sote-palvelujen väestöön suhteutetut kustannukset eivät olleet selkeästi korkeita tai matalia niissä kunnissa, joissa sairauspäivärahaetuuk-sien kustannukset henkeä kohden olivat korkeat. Lopulta näitä kustannusmittareita onkin vai-keaa tulkita yhdessä ilman ajallista tarkastelua. Luonnollisesti sote-palveluilla on sitä paitsi ko-konaisuutena työkyvyttömyyden ehkäisyä laajempi tarkoitus, eikä vastaavasti työkyvyttö-myyttä ehkäistä vain alueellisilla sosiaali- ja terveystalouksilla. Jatkossa sairauspäiväraha-kus-tannuksia olisi hyvä suhteuttaa esimerkiksi työterveyshuoltokustannuksiin.

Oleellisempaa on tuleva maakunnan entistä laajempi rooli sote-palvelujen järjestäjänä. Sosiaali- ja terveystalouksia sekä maakuntien roolia koskevien rakennemuutosten tavoitteena ovat paremmat ja kustannustehokkaammat palvelut. Potentiaalisesti seuraukset näkyvät pit-kien sairauspoissaolojen kustannuksissa mutta myös sote-palvelujen kokonaiskustannuksissa. Maakunnat tulevat nyky suunnitelman mukaan päättämään itsehallintonsa nojalla valtiolta suuntautuvan rahoituksen kohdentamisesta (Valtioneuvosto 2020). Valtion rahoituksessa tul-laan yhtäältä ottamaan huomioon eri maakuntien tarpeet, toisaalta taas rahoitusmalli myös luo tuleville maakunnille kannusteita käyttää rahoitus vaikuttavasti. Siksi sairauspäiväraha-trendien alueellinen seuraaminen tuo osaltaan tarvittavaa lisätietoa uudistusten vaikutuksista.

Kevään 2020 koronavirusepidemia tulee osaltaan vaikuttamaan sekä sairauspäiväraha-kustan-nuksiin että sote- ja maakuntauudistukseen. Todennäköisesti epidemia tulee lisäämään sekä sairauspäiväraha-jaksoja että sote-palvelujen käyttöä vielä pitkään. Epidemia voi myös osua eri maakuntiin eri voimakkuudella, ja nämä vaikutukset tulevat kokonaisuudessaan esiin vasta myöhemmin. Toisaalta taloudellinen liikkumavara sote-palveluiden uudistamisessa voi olla jat-kossa niukka ja epidemia tulee lisäämään kuntien ja tulevien maakuntien taloudellisia paineita. Ilmiö korostaa entisestään, kuinka tärkeää on seurata sairauspäiväraha-kustannusten kehitty-mistä ja sote- ja maakuntauudistusten vaikutuksia jatkossa.

## LÄHTEET

Alexanderson K, Kivimäki M, Ferrie J ym. 2012. Diagnosis-specific sick leave as a long-term predictor of disability pension. A 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. *Journal of Epidemiology and Commu-nity Health* 2012; 66: 155–159.

Allebeck P, Mastekaasa A. Chapter 5. Risk factors for sick leave. General studies. *Scandinavian Journal of Public Health* 2004; 32 (Suppl. 63): 49–108.

Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J, Nijhuis F. A literature review on sick leave determinants (1984–2004). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 2009; 22: 169–179.

Blomgren J. Pitkät sairauspoissaolot työikäisillä naisilla ja miehillä. Sairauspäivärahan saajat 1996–2015. *Yhteiskuntapolitiikka* 2016; 81: 681–691.

Blomgren J. [Pitkät sairauspoissaolot vähentyneet kaikkien aikojen ennätykseen](#). Helsinki: Kela, tutkimusblogi 4.10.2017a. Viitattu 1.4.2020.

Blomgren J. [Kun työttömyys vähenee, sairauspoissaolot yleistyvät](#). Helsinki: Kela, tutkimusblogi 29.11.2017b. Viitattu 1.4.2020.

Blomgren J. [Sairauspoissaolojen kasvu jatkuu – mielenterveyden häiriöt yhä suurempana huolenaiheena](#). Helsinki: Kela, tutkimusblogi 25.1.2019. Viitattu 22.4.2020.

Blomgren J. [Mielenterveyden häiriöistä johtuvien sairauspoissaolojen kasvu jatkuu jyrkkänä](#). Helsinki: Kela, tutkimusblogi 29.1.2020. Viitattu 3.4.2020.

Blomgren J, Jäppinen S. Sairauspäiväraha maksetaan useimmin työntekijäammateissa toimiville. *Sosiaalivakuutus* 2016; 3: 32.

Blomgren J, Jäppinen S, Rahkonen O, Pekkala J, Lahelma E. Pitkien sairauspoissaolojen alue-erot selittyvät vain osin väestörakenteella ja sairastavuudella. *Suomen Lääkärilehti* 2019; 74: 2734–2738.

ETK. [Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy](#). Helsinki: Eläketurvakeskus, 8.4.2020a. Viitattu 1.5.2020.

ETK. [Tilastotietokanta. Työ- ja kansaneläkkeensaajien väestöosuudet alueittain 2018](#). Helsinki: Eläketurvakeskus, 2020b. Viitattu 1.4.2020.

Hansen H, Ingebrigtsen T. Social class and sickness absence in Norway. *Acta Sociologica* 2008; 51: 309–327.

Henderson M, Glozier N, Holland E. Long term sickness absence. *BMJ* 2005; 330: 802–803.

Kaikkonen R, Murto J, Saarsalmi P ym. [Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset kaupunki-maaseutu -luokittain 2013](#). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2013. Viitattu 1.3.2020.

Kankaanpää A, Franck J, Tuominen R. Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *European Journal of Public Health* 2012; 22: 92–96.

Kauppinen T, Karvonen S. [Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan](#). Julkaisussa: Vaarama M ym., toim. Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2014: 80–97. Viitattu 1.4.2020.

Kela. [Kelän tilastollinen vuosikirja 2018](#). Liite 2. Kelan sairausvakuutusetuksien kehitys. Helsinki: Kela, SVT, 2019a. Viitattu 15.4.2020.

Kela. Kelan sairausvakuutustilasto 2018. Helsinki: Kela, SVT, 2019b.

Kela. [Kelän rahoitus vuonna 2017](#). Helsinki: Kela, 2020. Viitattu 2.4.2020.

[Kela-rahapuu](#). Helsinki: Kela, 2019. Viitattu 1.5.2020.

[Kelasto. Kelan tilastotietokanta](#). Helsinki: Kela, 2020. Viitattu 10.4.2020.

Kivimäki M, Head J, Ferrie J, Shipley M, Vahtera J, Marmot M. Sickness absence as a global measure of health. Evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 2003; 327: 364.

Kivimäki M, Ferrie J, Hagberg J ym. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007; 61: 915–920.

Kuntaliitto. [Kuntien ja kuntayhtymien ulkoiset menot ja tulot. Kuntien ja kuntayhtymien tilinpäätöstiöjen mukaan](#). Helsinki: Kuntaliitto, 2019. Viitattu 11.4.2020.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

Laaksonen M, Gould R. Regional differences in disability retirement. Explaining between-county differences in Finland. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2013; 39: 609–617.

Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K, Lahelma E. Gender differences in sickness absence. The contribution of occupation and workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2010; 36: 394–403.

Leinonen T, Solovieva S, Husgafvel-Pursiainen K ym. Julkisen ja yksityisen sektorin välinen ero sairauspoissaoloissa on säilynyt väestötasolla mutta pienentynyt sote-alalla. *Duodecim* 2018; 134: 1738–1748.

Löve J, Hensing G, Holmgren K, Torén K. Explaining the social gradient in sickness absence. A study of a general working population in Sweden. *BMC Public Health* 2013; 13: 545.

Manning W, Mullahy J. Estimating log models. To transform or not to transform? *Journal of Health Economics* 2001; 20: 461–494.

Marmot M, Freeney A, Shipley M, North F, Syme S. Sickness absence as a measure of health status and functioning. From the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1995; 49: 124–130.

OECD. Sickness, disability and work. Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris: OECD Publishing, 2010.

Owalgroupp. [Maakuntien vahvuudet](#). Helsinki: Owalgroupp, 2017.

Pekkala J. Occupational class differences in sickness absence changes over time and diagnostic causes. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2018.

Pekkala J, Blomgren J, Pietiläinen O, Lahelma, Rahkonen O. Occupational class differences in diagnostic-specific sickness absence. A register-based study in the Finnish population, 2005–2014. *BMC Public Health* 2017; 17: 670.

Perhoniemi R, Blomgren J, Laaksonen M. Työkyvyttömyyseläkehakemusten ja hylkäysosuuksien maakunnalliset erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 2020; 85 (1): 62–72.

Repo J. Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta ja väestö. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, TEM-analyseja 78, 2017.

Rissanen M, Kaseva E. [Menetetyn työpanoksen kustannus](#). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2014. Viitattu 5.3.2020.

Salonen L, Blomgren J, Laaksonen M, Niemelä M. Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes. A register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007–2014. *BMJ Open* 2018; 020491.

[Soten rahapuu](#). Helsinki: Kela, 2019. Viitattu 16.4.2020.

[Sotkanet. Tilastotietopalvelu](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020. Viitattu 1.4.2020.

THL. [Terveytemme atlas](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2020. Viitattu 16.4.2020.

Tilastokeskus. [Sosioekonomisen aseman luokitus](#). Helsinki: Tilastokeskus, Käsikirjoja 17, 1989. Viitattu 13.4.2020.

Tilastokeskus. [Kuntakatsaus 2018. Suomi-tietoa alueittain](#). Helsinki: Tilastokeskus, 2018a. Viitattu 20.4.2020.

Tilastokeskus. [Palkkarakenne. Liitetaulukko 1. Koko- ja osa-aikaisten palkansaajien kokonaistuntiansioiden keskiarvo ja ansioiden tunnuslukuja maakunnittain vuonna 2018](#). Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2018b. Viitattu 1.3.2020.

[Tilastokeskus. Tilastotietokannat](#). Helsinki: Tilastokeskus, 2020. Viitattu 5.4.2020.

Toivonen L. Statutory and occupational sickness benefits in Finland in 2011. Helsinki: Kela, Online working papers 34, 2012.

Vaalavuo M. Sosiaali- ja terveystietopalveluiden merkitys eläkeläisten toimeentulolle. Helsinki: Eläketurvakeskus, Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2, 2018.

Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004; 58: 321–326.

Valtioneuvosto. [Maakuntien rahoituksen valmistelun lähtökohtia](#). Helsinki: Valtioneuvosto, 2020. Viitattu 1.3.2020.



## LIITE

**Liitetaulukko.** Euromääräiset ja suhteelliset vuosikustannukset maakunnittain vuonna 2019. Laskettu kaikista päivärahoista (sairauspäivärahat, osasairauspäivärahat ja sairauspäivärahan lisäpäivät yhteensä).

<b>Maakunta</b>	<b>Vuosikustannukset yhteensä (€)</b>	<b>Vuosikustannukset yhteensä (%)</b>
Uusimaa	220 220 908	25,9
Varsinais-Suomi	76 813 759	9,0
Satakunta	34 708 431	4,1
Kanta-Häme	28 351 198	3,3
Pirkanmaa	81 773 143	9,6
Päijät-Häme	30 616 058	3,6
Kymenlaakso	29 954 186	3,5
Etelä-Karjala	19 858 566	2,3
Etelä-Savo	22 479 174	2,6
Pohjois-Savo	43 447 164	5,1
Pohjois-Karjala	24 052 037	2,8
Keski-Suomi	41 802 568	4,9
Etelä-Pohjanmaa	31 225 831	3,7
Pohjanmaa	28 334 916	3,3
Keski-Pohjanmaa	12 083 810	1,4
Pohjois-Pohjanmaa	77 340 621	9,1
Kainuu	14 183 286	1,7
Lappi	34 484 987	4,0
<b>Manner-Suomi yhteensä</b>	<b>851 730 643</b>	<b>100,0</b>